Aus der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Stanford University
MAY
25
1905
Library

Ein Beitrag

zur

Lehre von Delirien bei Pyämie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hugo Tiedemann,
approb. Arzt aus Lüdingworth.

Kiel 1903.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Königl. psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Ein Beitrag

zur

Lehre von Delirien bei Pyämie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hugo Tiedemann,
approb. Arzt aus Lüdingworth.

Kiel 1903.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 110.

Rektoratsjahr 1903/04.

Referent: Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling,**

z. Zt. Dekan.

Meiner lieben Mutter

in herzlicher Dankbarkeit

gewidmet.

Der Verfasser.

Das Auftreten von geistigen Störungen bei körperlichen Erkrankungen war in seinen gröbsten Äußerungen schon im Altertum bekannt, so Hippokrates; ferner berichtet Thucydides, daß nach der Pestepidemie zu Athen viele Menschen dem Wahnsinn verfielen. Aber bis in die Neuzeit hinein fehlten genaue Beobachtungen und Schilderungen dieser Art der Psychosen. Erst Ende des 18. Jahrhunderts wies Esquirol näher auf den Zusammenhang der geistigen Erkrankung nach einer körperlichen Krankheit hin und Sebastian veröffentlichte 1823 eine Abhandlung über das Auftreten der Psychosen bei Wechselfieber. Zwar entbrannte über diesen behaupteten Zusammenhang Mitte des 19. Jahrhunderts noch ein heftiger Streit, da Baillarger nach seinen Beobachtungen bestritt, daß die Psychosen eine Folge der körperlichen Erkrankungen seien, vielmehr wollte er hierin nur eine unabhängige zufällige Komplikation sehen, aber weitere Beobachtungen französischer und deutscher Autoren entschieden doch die Frage im Sinne Esquirols. Eine Zusammenstellung der hierüber veröffentlichten Litteratur finden wir bei Adler im 53. Band der Zeitschrift für Psychiatrie Jahrgang 1897.

Bei allen Infektionskrankheiten können Psychosen auftreten und zwar berechnet Müller ihr Auftreten mit 2 % aller Psychosen, Adler mit 4,5 %. Die Zahl schwankt natürlich, da es stets fraglich bleibt, ob man schnell verlaufende Fieberdelirien von wenigen Stunden schon als Psychose deuten will, ferner wird dem Arzt eine große Anzahl kürzerer Psychosen überhaupt nicht zu Gesicht kommen.

Unter den Krankheiten, die am häufigsten Veranlassung zu Psychosen geben, ist zunächst der Typhus zu nennen, ihm folgt mit etwas kleinerer Ziffer die Influenza; weniger zahlreich finden wir Psychosen bei: Pneumonie, akutem Gelenkrheumatismus, akuten Exanthemen, Diphterie, Masern, Scharlach, Phthisis pulmonum, Cholera, Dysenterie, Lyssa, Erysipel usw. Auch bei Gonorrhoe sehen wir sie zuweilen auftreten, so berichtet Sievert über einen letal verlaufenen Fall von akutem, sehr heftigen Delirium, bei welchem die zweifelhafte Diagnose durch den Sektionsbefund gesichert wurde.

Wollen wir die Psychosen der Form ihres Auftretens nach trennen, so können wir mit Adler zwei Formen unterscheiden: I. die melancholische Psychose, im Anschluß hauptsächlich an Typhus, akutem Gelenkrheumatismus und Influenza, II. die maniakalische, meistens bei Pneumonie und akutem Exanthem. Was die Schwere anbetrifft, stellen sich in erste Reihe Typhus und akuter Gelenkrheumatimus, die durch die besonders stürmische Heftigkeit ihres Auftretens auffallen.

Der Verlauf der Delirien variiert natürlich und es ist nicht möglich, die als Gruppen aufgestellten Fieberdelirien, Infektionsdelirien und infektiöse Schwächedelirien scharf von einander zu trennen. Man hat auch versucht, eine Scheidung zu machen nach dem Zeitpunkt ihres Auftretens in Initialdelirien, Collapsdelirien und Rekonvalescenzdelirien, aber auch diese gehen vielfach in einander über. Das unterscheidende Merkmal wäre hierbei nach Siemerling, daß „die Initial- und Fieberdelirien sich durch eine gewisse Flüchtigkeit ihrer Symptome auszeichnen bei gleichzeitig tief ergriffenem Sensorium. Es kommt nicht leicht zur Bildung festsitzender systematisierter Wahnvorstellungen, nicht zu andauernden Stimmungsanomalien. In den sogenannten Collapsdelirien haben die Symptome schon etwas beständigeres, erst recht bei den in der Rekonvalescenz

auftretenden Psychosen, wo wir am häufigsten den ausgebildeten Psychosen wie Melancholie, Manie usw. begegnen.“ Aber, wie oben schon angedeutet, diese Trennungen und besonderen Bezeichnungen sind mehr oder weniger willkürlich, man hat sich deshalb zu helfen versucht und für diese Psychosen gemeinhin den Namen „delirium acutum“ gewählt, eine Krankheitsbezeichnung, der von einigen Autoren, wie z. B. Kraepelin, aber wieder die Berechtigung abgesprochen wird. Unter delirium acutum oder délire aigu beschrieb zuerst Brierre de Boismont 1845 eine besondere Form von rein „nervöser Störung, die sich von eigentlicher Geistesstörung durch ihre Symptomatologie, ihren Verlauf und ihre Dauer unterscheidet, aber doch wieder in anderen Fällen sich ihr nähert, daß man versucht wird, sie als eine akute Manie zu betrachten.“ Dieser Name ist nun von der Mehrzahl der Autoren beibehalten und man versteht unter delirium acutum einen klinischen Symptomenkomplex, bei welchem sich nach einem kürzeren oder längeren Prodromalstadium plötzlich eine motorische Erregung zeigt bei stärkerer Bewußtseinstrübung, Verwirrtheit, Temperatursteigerung, krampfhaften Zuckungen, schweren Ernährungsstörungen. Liebermeister unterscheidet 4 Grade des Fieberdeliriums; nach ihm charakterisiert sich der erste Grad durch: Allgemeines Unbehagen, Eingenommenheit, leichte Unruhe und Störung des Schlafes; der II. Grad durch Hallucinationen, Gemütsbewegung und stärkere Unruhe; der III. Grad durch starke Bewußtseinstrübung mit völliger Unbesinnlichkeit, wechselnde Gefühlsausbrüche, einzelne Lähmungserscheinungen; der IV. Grad durch Sprechen zusammenhangloser Worte, Flockenlesen, Coma und endlich tiefen Sopor.

Was nun die Entstehungsursache der Psychosen anbetrifft, so nimmt Kraepelin als Grundlage an: 1. Fieber, 2. Kreislaufstörungen und Organerkrankungen, 3. Infektion durch Gifte. Wie weit und ob das Fieber allein imstande ist, eine Psychose hervorzurufen, mag dahin gestellt bleiben,

da wohl zu jedem Fieber eine Infektion gehört, also das Fieber erst die sekundäre, aber nicht ursächliche Grundlage bildet. Tatsache ist jedenfalls, daß die Psychose in ihrer Stärke nicht immer in gleicher Höhe mit dem Fieber steht, z. B. haben wir gerade bei Typhus mit seinen schweren Delirien eine fast normale Temperatur. Nur die Plötzlichkeit, mit der die Infektion einsetzt und auf den Organismus wirkt, scheint die außerordentliche Höhe der Delirien in solchen Fällen zu beeinflussen.

Kreislaufstörungen und Organerkrankungen scheinen in manchen Fällen ein Delirium zu veranlassen, es ist aber hier nicht der Ort, näher auf dieselben einzugehen; vielmehr wollen wir uns zu der III. Gruppe wenden, zu der Infektion mit Giften. Welcher Art die hier wirkenden Toxine sind, weiß man nicht. Während bei chemischen Vergiftungen jedes Gift einen eigenen Symptomenkomplex hervorruft, finden wir bei Infektion mit Bakteriengiften keine für sich abgeschlossenen Bilder. Wir wissen auch nicht, was an den Bakterien die Psychose hervorruft, denn nicht alle Bakterien erzeugen Psychosen; so läßt die Tetanusinfektion keinen Einfluß auf das Geistesleben erkennen, trotz der schweren nervösen Störungen. Eine große Rolle scheint bei der Infektion allerdings die Praedisposition zu spielen, nach überwiegender Ansicht wird für $^3/_4$ aller dieser Psychosen eine ererbte oder erworbene Veranlagung angenommen. Siemerling konnte bei 20 % seiner beobachteten Fälle Heredität feststellen. Bei der Mehrzahl ist wohl der Boden durch erworbene Anlage günstig gemacht, hier kommt in Betracht: Trauma, Alkoholismus, Schwächung des Körpers durch schwere überstandene Krankheiten, Exzesse, Überanstrengungen, heftige Gemütsbewegung, Shock. Aus dieser Praedisposition würde es sich auch erklären, warum bei einigen schon bei leichter Infektion eine Psychose auftritt, während andere selbst bei der schwersten davon verschont bleiben.

Pathologisch-anatomisch ist bisher noch kein sicherer Erklärungsbefund für das Delirium acutum festgestellt.

Die Prognose des Delirium acutum hängt natürlich zum großen Teil von der Schwere der Grunderkrankung ab. Ungünstig ist sie bei dem mit hohem Fieber einhergehenden Typhus- und acutem Gelenkrheumatismusdelirium, hier endet ungefähr die Hälfte der Fälle letal. Günstig ist sie bei den einfachen Fieberdelirien, wo die Psychose nach Stunden bis Tagen, im Höchstfalle bis zu 3 Wochen abgelaufen ist. Die Collapsdelirien heilen etwa in 12 Tagen bis 10 Monaten. Abgesehen ist hierbei natürlich von den Fällen, wo eine schon bestehende Geisteskrankheit nur durch die Infektion ausgelöst wird.

Die Therapie muß sich außer der Behandlung des Grundleidens hauptsächlich auf strenge Überwachung, event. in einer Anstalt, erstrecken. Als Beruhigungsmittel tun neben dem Paraldehyd Dauerbäder vorzügliche Dienste.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen über Delirien sei es mir gestattet zu der ziemlich seltenen Form von Delirien überzugehen, die durch Sepsis hervorgerufen werden. Sie erinnern in ihrem Verlauf an die Fieberdelirien, auch wenn die Temperatur normal ist. In der königlichen Universitäts-Nerven- und psychiatrischen Klinik zu Kiel kam ein interessanter Fall von acutem Delirium nach Pyämie zur Beobachtung, den ich im Folgenden kurz schildern will.

Es handelt sich um den 46jährigen Seemann Johann H., der am 10. XI. in sehr aufgeregtem Zustande von einem Bekannten in die Klinik gebracht wurde. Die Anamnese durch Mitteilungen der Angehörigen und des behandelnden Arztes ergab, daß H. seit dem 1. XI. wegen heftiger Influenza zu Bett lag. Die Erkrankung begann mit Schüttelfrost und hohem Fieber, H. klagte über Kopf-, Rücken- und Gliederschmerzen; die Untersuchung ergab keinen objectiven Befund. Am 5. XI. wurde H. unruhig und klagte über schlechten Schlaf. Am 6. XI. traten ruckartige Zuckungen

an Armen und Beinen auf und Verziehen des Gesichts; das Bewußtsein war nicht gestört. Das Befinden besserte sich, die Temperatur ging auf 38° zurück, bis am 8. XI. ausgesprochene Delirien auftraten. H. war schwer im Bett zu halten und versuchte sich aus dem Fenster zu stürzen. Ob zu dieser Zeit Fieber bestand, ließ sich nicht ermitteln. Am 9. XI. wurde am rechten Unterarm eine Phlegmone bemerkt. Am 10. XI. wurde er der Delirien wegen in die Klinik geschickt. Es soll keine hereditäre Belastung bestehen, Trauma und Alkoholismus wird gleichfalls vereint.

Aufnahmebefund: H. ist sehr aufgeregt, kann nicht allein gehen. Die Zunge wird auf Aufforderung gerade herausgestreckt. Die Sprache ist undeutlich und fällt ihm offenbar schwer. Gibt seinen Namen richtig an, antwortet auf die ersten Fragen richtig, dann verwirrt, starrt dabei in die Luft und sieht unklar aus. Es entwickelt sich dann folgende Unterhaltung: Wer hat Ihnen gesagt, daß Sie Influenza haben? „Ich wüßte nicht wie." Warum sind Sie hier? „Herr du meine Güte." Waren Sie früher schon mal krank? „Kann ich nicht für." Haben Sie Schmerzen? „Das versteh' ich nicht, das ist englisch." Wie viel ist 3×3? „Ich will Ihnen was sagen." Einen vorgehaltenen Schlüssel nennt er nach einer Weile richtig. Uhr? „Ich kann es augenblicklich nicht sehen. — Uhr." Bürste? (nimmt sie in die Hand) „das ist eine Uhr". Seife? „zum Waschen". Wie heißt es? „Se—Se—Seife." Federhalter? „Seife — Halter." Dann reagiert er weder auf Anrufen noch auf Händeklatschen, bei Nadelstichen zuckt er zusammen. Er wühlt mit der Bettdecke rum. Ruckartige Zuckungen in Armen und Beinen. Körperstatus: Lunge ohne Besonderheiten, an der Herzspitze systolisches Geräusch. Puls beschleunigt, 112 Schläge in der Minute. Arteria radialis geschlängelt, rigide. Milz und Leber nicht nachweisbar vergrößert. Reflexe sehr lebhaft. Keine Lähmungen. Am rechten Unterarm ausgedehnte Rötung und

Infiltration. Temperatur 36,7°, Die Pupillen sind beide eng, die rechte etwas weiter als die linke. Sonst nichts Besonderes.

Der weitere Verlauf ist folgender:

11. I. Hat nach 6,0 Paraldehyd im ganzen ruhig geschlafen, murmelt morgens unverständliche Worte vor sich hin. Auf Anrufen sieht er auf, antwortet aber nur auf einfache Fragen z. B. nach seinem Namen. Vorgehaltene Gegenstände bezeichnet er richtig. Die Sprache ist auffallend verschwommen und undeutlich. Nahrung nimmt er zu sich. Die eigentümlichen Bewegungen nehmen zu, bald führt der eine Arm eine schnelle Bewegung aus, bald der andere, bald beide, bald werden die Schultern hochgezogen; auf dem Gesicht kurzes Zucken. Zucken einzelner Muskel oder Muskelgruppen sieht man nicht, es sind ruckartige schnelle Bewegungen ganzer Glieder, die teils gewollten, teils ungewollten Eindruck machen. Kramt im Bett umher, zieht Fäden aus. Da er noch keinen Urin gelassen hat, werden durch Katheterisation 500 ccm Urin abgenommen, der sauer reagiert, trübe und von braunroter Farbe ist, ein specifisches Gewicht von 1018 hat und 5 ‰ Albumen enthält. Die Hellersche Blutprobe ist positiv. Im Sediment zahlreiche rote Blutkörperchen und hyaline Cylinder, mit roten Blutkörperchen besetzt.

12. XI. Patient stöhnte nachts, machte zuckende Bewegungen. Morgens reagiert er auf Anrufen garnicht, auf Schmerzreiz etwas, murmelt vor sich hin, kramt unruhig umher. Dieselben Bewegungen wie gestern, aber weniger stark. Reflexe vorhanden, Sehnenreflexe sehr lebhaft. Durch Katheterisierung 560 ccm Urin von derselben Beschaffenheit wie am 11. XI. Im Laufe des Tages wird die Unruhe stärker, Arme und Kopf sind in andauernden Bewegungen, die an Tic erinnern. Gegen Abend kramt Patient im Bett umher, macht ängstlichen Eindruck, spricht vor sich hin: „Her damit, wo wollt ihr damit hin? faßt zu.“ Es besteht kein

Fieber. Puls andauernd beschleunigt, 112 Schläge in der Minute. Atmung sehr angestrengt, zieht die Nasenflügel ein, 32 Atemzüge in der Minute. Starrt fortwährend mit gespannter Aufmerksamkeit und mit geöffneten Augen nach der Decke. Lumbalpunktion. Im Liquor cerebrospinalis reichliches Sediment aus Eiterkörperchen. Keine Bakterien. Trachealrasseln. Kein Fieber.

13. XI. 1 h. morgens exitus letalis.

Sektion 10 h. p. m. (Prof. Dr. Döhle). S. Nr. 828. 1903.

Der wesentliche Befund ist folgender:

Großer Absceß in der Umgebung des rechten Ellbogengelenks.

Gelenk und Knochen frei.

Sehr starke Bronchitis.

Hyperämie nnd Ödem der Lungen.

Hypertrophie und Trübung des Herzens.

Stark fettige Fleckung der aufsteigenden, große chronische Endarteriitis der absteigenden Aorta.

Ödem und Hyperämie des Kehlkopfeinganges.

Starke Verdickung, Hyperämie und Schmutzigfärbung des untern Speiseröhrendrittels.

Starke weiche Milzschwellung.

Starke Trübung der Leber.

Sehr starke Hyperämie, Schwellung und Trübung der Nieren mit beginnenden Abscessen.

Ekchymosen der Pleura.

Gewicht des Gehirns 1335 gr. Makroskopisch an Gehirn und Rückenmark nichts Besonderes.

Die klinische Diagnose Pyämie fand also durch den Sektionsbefund ihre Bestätigung. Es könnte in diesem Falle fraglich erscheinen, ob es sich wirklich um ein Delirium acutum infolge von Pyämie handelt oder um ein Delirium, das in der Rekovalescenz nach Influenza entstanden ist. Aber die Form der Psychose spricht nicht für die nach Influenza auftretenden, die mehr den Charakter der Melancholie

haben, während dieser Fall den Eindruck des reinen Fieberdeliriums macht. Wenn wir der Einteilung der Fieberdelirien nach Liebermeister folgen, würden wir den Ausbruch der Psychose auf den 5. XI. datieren müssen, wo zuerst leichte Unruhe und Schlaflosigkeit auftrat. Die Phlegmone ist zwar erst am 9. XI. zur Kenntnis des Arztes gekommen, aber die Infektion hat aller Wahrscheinlichkeit nach doch schon früher stattgefunden. Zudem spricht der ganze Sektionsbefund, die Affektion von Milz, Leber, Nieren, die Meningitis doch dafür, daß der ganze Körper unter dem Einfluß der Pyämie stand. Die bei der Sektion gefundene Bronchitis ist wohl als ein Überbleibsel der Influenza anzusehen. Auffallend ist, daß während der klinischen Beobachtung, die mit der Höhe der Psychose zusammenfällt, kein Fieber mehr bestand, trotz der Schwere der Infektion.

Es handelt sich also in unserm Fall um ein Delirium acutum nach Pyämie, wobei der Körper vielleicht durch die überstandene Influenza etwas geschwächt war.

Zum Schlusse meiner Arbeit gestatte ich mir, Herrn Prof. Dr. Siemerling für die gütige Überlassung der Arbeit und für die freundliche Unterstützung bei ihrer Abfassung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Siemerling: Über Psychosen im Zusammenhang mit akuten und chronischen Infektionskrankheiten.

Kraepelin: Psychiatrie, 6. Auflage.

Adler: Über die im Zusammenhange mit akuten Infektionen auftretenden Geistesstörungen.

Eulenburg: Realencyklopädie der gesamten Heilkunde.

Sievert: Inauguraldissertation 1903.

Lebenslauf.

Ich bin geboren am 27. Mai 1873 zu Lüdingworth, Regierungsbezirk Stade, evang. Konfession. Bis zu meinem 14. Jahre besuchte ich die Dorfschule zu Lüdingworth, kam dann auf das Gymnasium zu Hildesheim. Michaelis 1895 begann ich mein medizinisches Studium, studierte in Jena, Erlangen und Kiel. Im Januar 1903 beendete ich mein medizinisches Staatsexamen.